

療養の現状等に関する報告書

認定 番号	
----------	--

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿

療養の現状等について下記のとおり報告します。

年 月 日

報告者の住所

ふりがな
氏 名

所属団体名・所属部局名

1 負傷又は発病の年月日	年 月 日
2 療養開始の年月日	年 月 日
3 傷 病 名	
4 療 養 の 経 過	
5 日 常 生 活 の 概 要	

〔注意事項〕

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 年月日の記載には元号を用いる。

* 6 医師の証明

(1) 傷病の種類(傷病名・傷病の部位等)

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地
 { 名称
 { 医師の氏名